

При гониоскопии оценивали пролапс радужки и пигментацию трабекулы по 6-бальной шкале: отсутствует пигментация – 1, единичная пигментация – 2, слабая – 3, до умеренной – 4, умеренная – 5, выраженная – 6. Пигментация интенсивностью до 3 баллов зафиксирована у 15% пациентов, до 5 баллов визуализирована у 75%, пролапс радужки констатирован в 92% случаев в подгруппе с синдромом пигментной дисперсии.

Для оценки выраженности синдрома использовали предложенную Щуко А.Г. и соавторами классификацию [3]. Количество пациентов с латентной стадией течения синдрома составило 25%, стадия первых клинических признаков диагностирована у 46%, стадия манифестации – у 29% исследованных. У пациентов с латентной стадией и стадией первых клинических признаков ВГД не повышалось за рамки средней статистической нормы, у пациентов со стадией манифестации отмечена офтальмогипертензия с максимальными показателями ВГД до 28 мм рт. ст. Всем пациентам выполнена лазерная иридотомия: пациентам с офтальмогипертензией с лечебной целью, пациентам с ВГД в пределах нормы – с профилактической целью. В ходе динамического наблюдения через 1, 3 и 6 месяцев у пациентов со второй и третьей стадиями СПД отмечено снижение ВГД в среднем на 4,1 мм рт. ст.

Выводы. Из общего числа обследованных пациентов с миопической рефракцией сопутствующий синдром пигментной дисперсии выявлен у 24 человек (5%). Биомикроскопия является простым, доступным и информативным методом диагностики СПД, основные признаки – распыление пигмента по радужке, задней поверхности роговицы, передняя камера глаза глубже средней, пролапс радужки. Группа пристального внимания – молодые мужчины с миопической рефракцией и серой, серо-голубой радужкой.

Таким образом, стандартное офтальмологическое обследование пациентов с миопией, включающее биомикроскопию, является важным профилактическим мероприятием в выявлении синдрома пигментной дисперсии как фактора риска развития пигментной глаукомы. Диагностика СПД позволяет своевременно провести его коррекцию и добиться стабилизации или регресса патологического процесса.

Литература:

1. Безденежных, В.Н. Миопия – проблема XXI века / В.Н. Безденежных // Молодой ученый. – 2015. – № 24. – С. 253–255. URL <https://moluch.ru/archive/104/24236/> (дата обращения: 27.11.2019).
2. Мусаев Гальбинур, П.И. Миопия и глаукома (Обзор литературы) / П.И. Мусаев Гальбинур, Л.В. Ализаде, С.Н. Ахмедова // Oftalmologiya. – 2014. – № 2. – С. 98–107.
3. Щуко, А.Г. Синдром пигментной дисперсии. Закономерности формирования, обоснование клинической классификации / А.Г. Щуко, Т.Н. Юрьева // Глаукома. – 2012. – № 4. – С. 39–45.

УДК 616-007.43-031-089.844

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНАЯ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА (ТАРР) ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Кугаев М.И.,¹ Таранова И.Ю.¹ Украинцев Е.А.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебская областная клиническая больница»²

Введение. Более 20 миллионов пациентов оперируются ежегодно по поводу паховых грыж. В большинстве случаев хирургическое лечение является успешным, однако частота рецидивов, требующих повторных вмешательств достигает 10-15%, 10-12% пациентов жалуются на хроническую боль в отдаленном послеоперационном периоде. На сегодняшний день хирургическое лечение паховых грыж не

стандартизировано. Универсальной методики не существует и есть необходимость изучения дифференцированного подхода в применении различных методик. Начиная с 1960х начались попытки использования синтетических материалов при пластике паховых грыж. Со временем данные методики приобрели большую популярность, имеют множество модификаций и сегодня в некоторых странах процент использования синтетических протезов приближается к 100%. А в конце 1980х были разработаны и внедрены в практику лапаро-эндоскопические методики установки сетчатых протезов [1].

Цель работы. Оценить непосредственные результаты применения трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики (ТАРР) при паховых грыжах.

Материал и методы. За период со второго полугодия 2018 по декабрь 2019 на базе хирургического отделения Витебской областной клинической больницы трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРР) была применена у 41 (98%) пациента (мужчины) с различными формами паховых грыж. Одна (2%) пациентка была оперирована по поводу двухсторонней бедренной грыжи. Средний возраст пациентов составил 50 ± 14 лет. Превалировало правостороннее расположение грыжи (62%), слева грыжи располагались у 19%, двухсторонние грыжи были диагностированы у 19% и рецидивные грыжи наблюдались у 22% пациентов. При выполнении ТАРР используются 3 троакара. Создается карбоксиперитонеум, рассекается брюшина, выделяется грыжевой мешок. В предбрюшинное пространство устанавливается сетчатый имплант размером 10*15. Брюшина ушивается непрерывным швом.

Результаты и обсуждение. Проанализировав результаты нашей работы, мы получили следующие данные. Среднее время оперативного вмешательства составило 129 ± 38 минут. На время операций в большой мере оказал влияние набор опыта. Так в 2018 году выполнено 14 операций, среднее время составило 150 ± 42 минуты, а в 2019 году среднее время составило 115 ± 28 минут. При рецидивных грыжах среднее время составило 126 ± 37 минут, при двухсторонних - 128 ± 38 минут, при правосторонних - 113 ± 37 , при левосторонних - 138 ± 45 минут. Таким образом в большей степени на время операции влиял опыт хирурга, а не тип грыжи. Все пациенты в послеоперационном периоде не требовали назначения наркотических анальгетиков, активизировались на следующий день и были выписаны на 2 день после операции. Интраоперационное осложнение наблюдалось в 1(2,4%) случае – кровотечение из эпигастральной артерии, остановлено клипированием. В послеоперационном периоде у 5(12%) пациентов развилась серома. У 4 пациентов в течение 3 месяцев они исчезли самостоятельно и у 1 пациента потребовалась пункция под контролем УЗИ. За время наблюдения рецидивов после данной методики не наблюдали.

В экономически развитых странах более 40% оперативных вмешательств по поводу паховых грыж выполняются лапароскопическим способом (ТАРР 24%, ТЕР18%)[2]. Комплексная оценка эффективности лечения грыж паховой локализации лапароскопическими методами базируется на определенных показателях. Наиболее значимыми являются рецидив заболевания, надежность операции (интраоперационные и послеоперационные осложнения) и качество жизни (хронический болевой синдром, сроки трудовой и социальной реабилитации и физическая активность) [3]. По данным международных рекомендаций Европейского общества герниологов, выпущенных в 2018 году [1], эндо-лапароскопические методики являются методом выбора в лечении паховых грыж и позволяют добиться хороших результатов как в непосредственном, так и в отдаленном послеоперационном периоде. Однако трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРР) технически проще выполняется и легче осваивается хирургами по сравнению с тотальной экстраперитонеальной герниопластикой (ТЕР), позволяет проводить полноценную ревизию и диагностику сопутствующих заболеваний органов брюшной полости, симультанные операции при множественной патологии.

Выводы.

1. Трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика является безопасным методом лечения паховых грыж.
2. На время операции влияет опыт хирурга и не влияет расположение или тип грыжи.
3. Данная методика позволяет сократить период реабилитации пациентов

Литература:

1. International guidelines for groin hernia management / The HerniaSurge Group // Hernia. – 2018. – № 1. – P. 1–165. doi 10.1007/s10029-017-1668-x
2. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients / M.P. Simons [et al.] // Hernia. – 2009. – № 13. – P. 343–403. doi: 10.1007/s10029-009-0529-7
3. A prospective, randomized comparison of long-term outcomes: chronic groin pain and quality of life following totally extra peritoneal (TEP) and transabdominal preperitoneal (TAPP) laparoscopic inguinal hernia repair / V.K. Bansal [et al.] // Surg. Endosc. – 2013. – Vol. 27, N 7. – P. 2373–82.

УДК 616.24-002.7:615.357

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СМЕСИ ЭФИРОВ ТЕСТОСТЕРОНА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МУЖЧИН С ОСТРЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ДЕСТРУКЦИЯМИ ЛЕГКИХ

Кунцевич М.В., Ермашкевич С.Н., Петухов В.И., Сачек М.Г.
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. В рамках комплексного лечения пациентов с острыми инфекционными деструкциями легких (ОИДЛ), в контексте проведения нутритивно-метаболической терапии, рекомендовано применение средств анаболического усиления (нерабол, ретаболил и др.) [1].

Известно, что включение анаболических гормонов (синтетических аналогов мужских половых гормонов) в программу консервативного лечения острых абсцессов легкого способствует улучшению исходов заболевания за счет снижения случаев хронизации процесса и сокращения сроков лечения [2]. В тоже время отсутствует научно-обоснованная информация о клинических эффектах и экономической целесообразности применения препаратов мужских половых гормонов у пациентов с ОИДЛ, нуждающихся в хирургическом лечении.

Цель. Провести клинико-экономический анализ эффективности применения препарата смеси эфиров тестостерона при хирургическом лечении мужчин с ОИДЛ.

Материал и методы. В исследование включено 80 мужчин с ОИДЛ, в возрасте от 29 до 84 лет ($M = 54,5$ [44; 61,5] лет), находившихся на обследовании и лечении в торакальном гнойном хирургическом отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница» в период с ноября 2016 г. по октябрь 2019 г. При поступлении в отделение методом простой рандомизации все пациенты были разделены на 2 группы по 40 человек: 1 группа – пациенты, у которых комплекс лечебных мероприятий дополняли введением препарата смеси эфиров тестостерона; 2 группа – пациенты без их введения. Группы сравнения были сопоставимы по возрасту ($U=673,5$; $p_{\text{Mann-Whitney}}=0,23$), длительности заболевания до момента госпитализации ($U=749,5$; $p_{\text{Mann-Whitney}}=0,63$), частоте форм ($U=754$; $p_{\text{Mann-Whitney}}=0,66$) и осложнений ОИДЛ ($U=715$; $p_{\text{Mann-Whitney}}=0,42$), характеру сопутствующей патологии ($U=721,5$; $p_{\text{Mann-Whitney}}=0,45$).

В каждой из групп было оперировано по 38 (по 95%) пациентов. Объем выполненных оперативных вмешательств у пациентов в группах сравнения представлен в